

VU Research Portal

Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in de eerste lijn

Kok, J.; Bouter, L.M.

published in

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
1990

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Kok, J., & Bouter, L. M. (1990). Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in de eerste lijn. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 100, 59-63.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in de eerste lijn

J. Kok en L. M. Bouter

In een onderzoek is door middel van interviews gekeken naar de patiëntenvoorlichting zoals die momenteel door fysiotherapeuten werkzaam in de vrijevestigde praktijk wordt gegeven. Het blijkt dat patiëntenvoorlichting en preventie een belangrijke plaats innemen in het handelen van de fysiotherapeut. De voorlichting wordt vooral gegeven in het gesprek met de patiënt gedurende de behandeling. Het voorlichtingsgedrag van de fysiotherapeut komt in behoorlijke mate overeen met een schets van de ideale voorlichting door fysiotherapeuten, gebaseerd op meningen van drie deskundigen op dit terrein. In afwijking van het ideaalbeeld werd niet vaak naar de verwachtingen van de patiënt omtrent de behandeling gevraagd. Ook bleken fysiotherapeuten ingeval van een recidief de en veelal niet opgevolgde adviezen niet bij te stellen. Aandacht voor patiëntenvoorlichting in de (na)scholing van fysiotherapeuten, alsmede nader onderzoek naar de effectiviteit van de voorlichting zijn aanbevelenswaardig.

Gedurende de laatste decennia wordt er veel aandacht besteed aan een systematische patiëntenvoorlichting. Deze aandacht is tot dusver vooral gericht geweest op de voorlichting door de huisarts en in het ziekenhuis. De belangstelling voor patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten is van een meer recente datum (1,2,3,4). Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (GVO) wordt in brede kring gezien als een effectief middel in de preventieve gezondheidszorg, en heeft tot doel door middel van gedragsverandering de gezondheid van mensen in gunstige zin te beïnvloeden. GVO richt zich daartoe zowel op gezonde mensen (primaire preventie), als op mensen met klachten of een aandoening (secundaire en tertiaire preventie). Onder secundaire preventie wordt verstaan het vroegtijdig onderkennen en laten behandelen van een aandoening. Met tertiaire preventie wordt bedoeld het voorkómen van een recidief, respectievelijk het voorkómen dat de klacht chronisch wordt. GVO met betrekking tot secundaire en tertiaire preventie kan de vorm aannemen van patiëntenvoorlichting (5). Patiëntenvoorlichting is derhalve een onderdeel van GVO. Er zijn een drietal specifieke redenen waarom een fysiotherapeut aan voorlichting zou behoren te doen.

De eerste reden is dat een groot deel van de patiënten waar een fysiotherapeut mee te maken krijgt bestaat uit patiënten met chronische aandoeningen, veelal deels met een psychosociaal karakter, die vaak recidiveren (6). Patiënten met een dergelijke aandoening dienen zich bewust te zijn van de rol van psychosociale problemen met betrekking tot hun klachten en dienen te leren daarmee om te gaan. Hierbij is het belangrijk dat somatische fixatie voorkómen wordt. Onder somatische fixatie wordt verstaan het voortdurend eenzijdig benadrukken van de somatische kant van klachten, waardoor mensen zich steeds meer

Mw. J. Kok, afgestudeerd in
Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding
en Bewegingswetenschappen, Faculteit
der Gezondheidswetenschappen.
Dr. L. M. Bouter, Universitair
hoofddocent bij de vakgroep
Epidemiologie en
Gezondheidszorgonderzoek,
Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
Correspondentie-adres: Guido
Gezellestraat 1, 6136 HX Sittard.

daarop fixeren en in toenemende mate afhankelijk worden van de (somatische) gezondheidszorg (2). Dit risico is door de overwegend somatische invalshoek van de fysiotherapie reëel aanwezig. De tweede reden vormt het grote aantal recidieven binnen de fysiotherapie. Goede voorlichting over wat de patiënten zelf kunnen doen om een recidief te voorkomen, kan mogelijk dit aantal terugbrengen. Een grote betrokkenheid van de patiënten met hun behandeling en een goede relatie met de hulpverlener verhoogt daarbij de motivatie van de patiënten om de adviezen van de therapeuten op te volgen. De derde reden voor voorlichting door fysiotherapeuten hangt samen met het feit dat veel patiënten een verkeerde verwachting hebben van fysiotherapie (1). Er wordt van patiënten doorgaans een actieve rol verwacht, wat meestal veel minder het geval is bij andere vormen van (para)medische hulpverlening. De behandeling, en ook de preventie, bestaat veelal uit een oefenprogramma dat thuis uitgevoerd wordt. Dit vereist meer inzet van de patiënt dan bijvoorbeeld het innemen van medicijnen. Goede voorlichting over wat de patiënt kan verwachten van de fysiotherapeut en wat de fysiotherapeut van de patiënt verwacht is daarom belang-

rijk.

De fysiotherapeutische behandeling is uitermate geschikt voor het geven van voorlichting. Er is meestal sprake van een langdurig contact, vaak meerdere keren per week gedurende een half uur. Dit biedt gelegenheid tot het systematisch geven van voorlichting. Het is uit onderzoek bekend dat patiënten vaak een gedeelte van de gegeven informatie vergeten (7). Door de relatief frequente contacten kan de informatie herhaald en gedoseerd worden door de fysiotherapeut. Het frequente contact is tevens bevorderlijk voor de relatie tussen hulpverlener en patiënt. Deze relatie wordt nog versterkt door het lichamelijke contact waar meestal sprake van is. Hierdoor ontstaat in de regel een enigszins vertrouwelijke sfeer. Patiënten voelen zich bij de fysiotherapeut vermoedelijk meer op hun gemak en durven meer vragen te stellen dan bijvoorbeeld aan een arts, waar zenuwachtigheid en sociale afstand een belemmering kunnen vormen voor het durven vragen om informatie.

Ondanks deze gunstige omstandigheden lijkt er om verschillende redenen nog te weinig van patiëntenvoorlichting binnen de fysiotherapie terecht te komen (1,2). In de eerste plaats komt dit doordat patiëntenvoorlichting niet alleen afhankelijk is van de hulpverlener, maar doordat de rol van de patiënt ook belangrijk is. De patiënt moet openstaan voor de voorlichting en willen meewerken. Bovendien is de wijze waarop de fysiotherapeutische hulpverlening wordt gefinancierd vermoedelijk een belemmering voor het besteden van tijd aan voorlichting en preventie (1,2,4). Het huidige financieringssysteem heeft als consequentie dat tijd besteed aan preventieve activiteiten en voorlichting niet wordt gehonoreerd. De fysiotherapeut wordt betaald naar curatieve verrichtingen. Een laatste en misschien wel belangrijkste reden, is de geringe aandacht voor preven-

tieve voorlichting binnen de opleidingen fysiotherapie tot nu toe (8). De fysiotherapeut is van oorsprong vooral medisch-curaatief ingesteld.

Onderzoeksopzet

Dit artikel doet verslag van een onderzoek naar patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in de eerste lijn dat is uitgevoerd bij het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (9). De probleemstelling luidde als volgt: 'In welke mate doen fysiotherapeuten werkzaam in de vrijgevestigde praktijk aan patiëntenvoorlichting in het kader van secundaire en tertiaire preventie'. Beide vormen van preventie werden in dit onderzoek betrokken daar ze moeilijk te scheiden zijn.

Uit de probleemstelling werden drie deelvragen afgeleid:

1. Welke plaats neemt patiëntenvoorlichting in binnen het handelen van de fysiotherapeuten in een vrijgevestigde praktijk.
2. Welke aspecten komen aan de orde in de voorlichting die door deze fysiotherapeuten wordt gegeven.
3. In hoeverre komt het door deze fysiotherapeuten aangegeven voorlichtingsgedrag overeen met de opvattingen van deskundigen omtrent de ideale voorlichting door fysiotherapeuten.

Deze deelvragen werden onderzocht door middel van een interview. De interviews werden gehouden aan de hand van een vragenlijst met open vragen. De vragenlijst bestond uit drie gedeelten. Het eerste gedeelte werd gevormd door een aantal achtergrondvariabelen, zoals leeftijd, geslacht, aantal uren dat er per week gewerkt werd, aantal jaar ervaring, verbijzonderingen, en overige functies en opleidingen. Het tweede gedeelte bestond uit algemene vragen die betrekking hadden op de eerste deelvraag. Het derde gedeelte bestond uit een tweetal casus waarbij vooral gekeken werd naar de inhoud van de voorlichting (de tweede deelvraag). De casus gingen over een patiënt met lage rugklachten en

een patiënt met een tenniselleboog. Lage rugklachten is een vaak recidiverende aandoening, met veelal een psychosociale component, en biedt veel aanknopingspunten voor het geven van voorlichting. Een tenniselleboog is een duidelijker omschreven aandoening dan bijvoorbeeld lage rugklachten waar veel soorten klachten onder kunnen vallen en waarvan de oorzaak vaak onbekend is. De casus tenniselleboog blijft in dit artikel verder buiten beschouwing. De vragen hadden betrekking op de voorlichting in verband met diagnose, behandeling en preventie van een recidief. De deskundigen kregen dezelfde vragenlijst voorgelegd met uitzondering van het eerste gedeelte. Zij konden aangeven wat naar hun mening de ideale patiëntenvoorlichting is die door fysiotherapeuten gegeven zou moeten worden.

Benadering onderzoekspopulatie

Uit het adressenbestand van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie werd een lijst gemaakt van alle fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de vrijgevestigde praktijk, minimaal 5 jaar geleden afgestudeerd zijn, en hun praktijk gevestigd hebben in de provincies Utrecht en Gelderland, en een rand langs de zuidkant van deze provincies, waarvan het zuidelijkste punt ter hoogte van 's Hertogenbosch ligt. Aangenomen werd dat fysiotherapeuten die minimaal 5 jaar geleden afgestudeerd zijn inmiddels een bepaald patroon in hun handelen hebben ontwikkeld. Uit deze lijst werden aselekt 75 fysiotherapeuten getrokken. Deze fysiotherapeuten werden benaderd door middel van een brief, waarna na 2 weken telefonisch contact werd gezocht om de eventuele medewerking aan het onderzoek te vernemen en een afspraak te maken. Van de drie deskundigen werden er twee gekozen naar aanleiding van artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Door één van hen werd gewezen op de derde deskundige. De interviews werden opgenomen met een cassette recorder. Van de antwoorden van de fysiotherapeuten zijn uitgebreide samenvattingen gemaakt. Nadat alle interviews achter de rug

waren zijn per vraag de antwoorden geïnterpreteerd.

Resultaten

Samenstelling onderzoekspopulatie

Van de 75 aangeschreven fysiotherapeuten hebben er 52 meegedaan aan het onderzoek. De respons kwam daarmee op 79%. Deze 52 fysiotherapeuten zijn lid van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Bijna 53% van alle in Nederland extramuraal werkende fysiotherapeuten is lid van het Genootschap (10). Een ander verschil tussen de onderzoekspopulatie en de Nederlandse populatie van extramuraal werkende fysiotherapeuten betrof de verhouding tussen het aantal mannen en vrouwen. Het merendeel van de 52 fysiotherapeuten die deelnamen aan het onderzoek bestond uit vrouwen, namelijk 37 (71%). Dit aantal is hoger dan het aantal vrouwen in de Nederlandse fysiotherapeutenpopulatie die werkzaam is in de vrijgevestigde praktijk (10). Ook zijn er enige verschillen qua leeftijd en aantal uren per week dat men werkzaam is (tabel 1).

Interviews

Een belangrijk probleem in de voorlichting ten aanzien van preventie wordt gevormd door een gebrek aan therapietrouw (compliance) van patiënten met betrekking tot de adviezen en voorschriften die hulpverleners geven (7). Hierbij moet vooral gedacht worden aan de oefeningen die de patiënt mee krijgt. Vrijwel alle ondervraagde fysiotherapeuten herkenden dit verschijnsel van non-compliance. Aan deze fysiotherapeuten werd gevraagd wat naar hun mening de oorzaken van non-compliance zijn. Hierbij werden vele verschillende factoren genoemd. Deze werden als volgt ingedeeld:

- Factoren in het karakter van de patiënt; hierbij moet gedacht worden aan factoren als gebrek aan zelfdiscipline, geen zin, gemakzucht, niet beter willen worden of moeilijk op te brengen.
- Factoren met betrekking tot de klacht van de patiënt; zoals geringe ernst van de klacht, duur en resultaat van de behandeling. Bij een ernstige klacht en goede resultaten van de behandeling is er een grotere therapietrouw, bijvoorbeeld door het ongemak dat de patiënt van de aandoening ondervindt.
- Factoren in het geven van adviezen door de fysiotherapeut; zoals slechte argumentatie, niet weten over te brengen, te weinig nadruk op de instructie, of te weinig tijd besteed aan de voorlichting.
- Factoren in de adviezen zelf; zoals niet reële; niet herkenbare adviezen, slecht inpasbaar in het dagelijks leven van de patiënt, of adviezen die niet aansluiten bij de leefwereld van de patiënt.
- Het beeld dat de patiënt heeft van fysiotherapie; bijvoorbeeld een verkeerde verwachting van fysiotherapie of de uitleg van de huisarts is niet duidelijk.
- Inzicht van de patiënt in ziekte of klacht; zoals achtergrond niet begrijpen, geen in-

Factor	Onderzoekspopulatie	Nederlandse populatie
Percentage vrouwen	71%	52%*
Leeftijdsofbouw		
20-24 jaar	0%	3%*
25-29 jaar	10%	29%
30-34 jaar	40%	30%
35-39 jaar	27%	20%
40-44 jaar	15%	9%
> 45 jaar	8%	9%
Gemiddeld aantal uren per week werkzaam	22	33**
* Hingstman, L. en H. Boon. Fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg: aantallen, samenstelling en geografische spreiding. NIVEL, Utrecht 1986 (10).		
** Niesten, A. e.a. Werk om handen. Fysiovisie mei 1987, 7-10 (13).		

Tabel 1. Vergelijking van de onderzoekspopulatie (N = 52) en de Nederlandse populatie van extramuraal werkende fysiotherapeuten voor enkele demografische variabelen.

zicht in de oorzaken.

• Overige factoren; onder andere werksituatie, tijdgebrek, bezoek aan andere hulpverleners door de patiënt.

De frequenties waarin bovenstaande factoren genoemd werden staan samengevat in tabel 2.

Door het merendeel van de fysiotherapeuten (67%) werden uitsluitend factoren genoemd die betrekking hebben op de patiënt, zoals gemakzucht of geen tijd. Door de overige respondenten (33%) werd tevens de rol van de fysiotherapeut genoemd, zoals de manier van voorlichting geven. Door de fysiotherapeuten werd verder aangegeven dat hun vaardigheden met betrekking tot het motiveren van patiënten om adviezen op te volgen voornamelijk in de praktijk zijn verworven. Door 47 van de 52 fysiotherapeuten werd vermeld dat hieraan onvoldoende aandacht was besteed in de opleiding voor fysiotherapie. Alle respondenten vermelden bij het geven van voorlichting rekening te houden met de karakteristiek van de patiënt, zoals leeftijd en intelligentie. Bij het geven van voorlichting werd door de fysiotherapeuten veelvuldig gebruik gemaakt van hulpmiddelen, zoals skeletdelen of tekeningen. Gevraagd werd tevens met welke instelling de fysiotherapeut patiëntenvoorlichting geeft. Door 19 fysiotherapeuten werd aangegeven vooral uit te gaan van bepaalde standpunten. Door 33 therapeuten werd vooral uitgegaan van een inschatting van wat die bepaalde patiënt dient te weten, of werd afgegaan op de vragen van de patiënt. Een veel gehoorde opmerking bij dit punt was dat voorlichting 'vanzelf' gaat in het gesprek met de patiënt gedurende de behandeling. Door 8 therapeuten werd vermeld dat ze meer aandacht aan voorlichting zouden willen besteden. Als belangrijkste belemmeringen hiervoor werden genoemd tijdgebrek (4 keer), het financieringssysteem binnen de fysiotherapie (3 keer) en gebrek aan kennis (1 keer).

Casus

De bevindingen bij het lichamelijk onderzoek en datgene wat er gebeurt tijdens de behandeling werd door vrijwel alle therapeuten met de patiënt uit de casus over lage rugklachten (zie kader) besproken. Aan de fysiotherapeuten werd eerst in het algemeen gevraagd wat ze zouden bespreken met de patiënt uit de casus. In tabel 3 staat een overzicht van punten die de fysiotherapeuten vertelden te bespreken met de patiënt.

Specifiek gevraagd naar het bespreken van de diagnose met de patiënt werd door meer dan de helft van het aantal respondenten (60%) de osteoarthrose van de patiënt uit de casus gerelativeerd, dat wil zeggen dat ze de patiënt uitleggen dat osteoarthrose niet tot klachten hoeft te leiden en dat het een veel voorkomend verschijnsel is. Door 36% van de fysiotherapeuten werd aangegeven dat ze het proces van osteoarthrose zouden uitleggen. Gevraagd werd of de fysiotherapeuten een mogelijke psychoso-

Categorie	Percentage van de fysiotherapeuten
Karakter patiënt	78
Klacht patiënt	24
Geven van adviezen	22
Inhoud adviezen	18
Beeld patiënt van fysiotherapie	14
Inzicht patiënt in klacht	16
Overige	22

Tabel 2. De oorzaken van het niet opvolgen van adviezen door de patiënt volgens de fysiotherapeuten (Meer dan één antwoord mogelijk) (N=49).

Onderwerp	Percentage van de fysiotherapeuten
Gewicht (te zwaar)	53
Houding (met name zithouding)	65
Bewegen (te weinig)	73
Relativeren osteoarthrose	25
Oefeningen geven	35
Oefeningen nog gedaan	20
Uitleg met betrekking tot klacht	33
Psychosociale aspecten	20
Overige	25

Tabel 3. Punten die de fysiotherapeuten vertelden te bespreken met de patiënt (Meer dan één antwoord mogelijk) (N=51).

Casus lage rugklachten

Meneer Jansen, 53 jaar, is getrouwd en heeft geen kinderen. Zijn lengte is 1.80 m., zijn gewicht is 91 kg. Zijn beroep is administrateur, zijn hobbies zijn biljarten en televisie kijken. Meneer Jansen heeft sinds drie weken last van pijn onder in de rug, vooral na lang zitten. Er is geen sprake van een specifieke aandoening die aan de klachten ten grondslag ligt. Een jaar geleden had hij dezelfde klachten. Op de röntgenfoto's die toen zijn gemaakt was een lichte mate van osteoarthrose zichtbaar. Hij werd behandeld door een fysiotherapeut. De behandeling bestond uit UKG en oefentherapie. Na zes weken waren de klachten verdwenen. De huidige klachten zijn heviger dan de vorige keer. Op de foto's die nu zijn gemaakt is niet veel veranderd.

ciale component bij het ontstaan van lage rugklachten zouden bespreken. Door op één na alle respondenten werd aangegeven dat ze hierover zouden praten, weliswaar door de één voorzichtiger dan door de ander. Acht fysiotherapeuten begonnen er zelf over en vroegen rechtstreeks in de eerste behandeling of er psychosociale problemen spelen bij de patiënt. De overige therapeuten vroegen in het algemeen of gaven een opening bijvoorbeeld door te

vragen hoe het werk bevalt. Naar de verwachtingen van de behandeling van de patiënt met lage rugklachten werd door de meeste fysiotherapeuten (81%) niet expliciet gevraagd. De eigen verwachtingen van de therapeut van de kansen op succes van de behandeling werd door 31% van de therapeuten expliciet besproken. Door alle fysiotherapeuten werd de preventie van een recidief als een belangrijk onderdeel van de behandeling gezien. De adviezen met betrekking tot lage rugklachten hadden vooral betrekking op houding (33 therapeuten), gewicht (12 therapeuten) of meer bewegen (24 therapeuten). Daarnaast werden tiltechnieken (10 therapeuten) en adviezen met betrekking tot psychosociale spanningen (4 therapeuten) genoemd. De meeste fysiotherapeuten gaven een oefenprogramma voor thuis mee. Er werd door vier fysiotherapeuten geen langdurig oefenprogramma gegeven, omdat er vanuit werd gegaan dat de oefeningen toch niet consequent zouden worden gedaan.

Aan de fysiotherapeuten werd gevraagd of de voorlichting aan een patiënt met een recidief veranderd wordt ten opzichte van de vorige keer dat de patiënt onder behandeling was. Het merendeel van de respondenten (75%) veranderde weinig in hun voorlichting aan de patiënt ten aanzien van preventie en herhaalde nog een keer duidelijk hetgeen ze de vorige keer verteld hebben. Door 8% van de respondenten werd dit keer minder aan de patiënt verteld. De overige fysiotherapeuten gaven aan hun adviezen aan te passen opdat de patiënten ze nu wel zouden opvolgen.

Vergelijking resultaten fysiotherapeuten met ideale voorlichting

Het aangegeven voorlichtingsgedrag van de fysiotherapeuten komt in behoorlijke mate overeen met de ideale patiëntenvoorlichting volgens de deskundigen. Zowel de fysiotherapeuten als de deskundigen hechten veel waarde aan het geven van voorlichting en adviezen ten aanzien van preventie van een recidief. De adviezen die een fysiotherapeut geeft dienen volgens de deskundigen aan te sluiten bij de persoon en de omstandigheden van de patiënt. Alle respondenten geven aan hiermee rekening te houden. Volgens de deskundigen betekent een goede preventie een systematische aanpak van voorlichting en zoeken naar achtergronden van het gedrag van de patiënt om daar met adviezen aansluiting bij te zoeken. Hierbij is het belangrijk dat de fysiotherapeut een goed beeld heeft van de hulpvraag van de patiënt en diens ideeën over klacht en behandeling. Uit de resultaten blijkt dat door 81% van de respondenten niet expliciet aan de patiënt uit de casus lage rugklachten gevraagd werd wat diens verwachtingen zijn van de behandeling. Het gedrag van de fysiotherapeuten houdt op dit punt dus een geringe correspondentie met de ideale patiëntenvoorlichting in (tabel 4).

Voor een effectieve behandeling en pre-

Gedrag van de fysiotherapeuten	Percentage van de fysiotherapeuten	Correspondentie
Verwachtingen van de patiënt:		
Vraagt niet	44	geen
Komt vanzelf aan de orde bij verkeerde verwachting	37	redelijk
Vraagt expliciet	19	groot
Kans op succes:		
Bespreekt niet	10	geen
Houdt zich op de vlakte	32	gering
Stelt een termijn	27	redelijk
Bespreekt expliciet	31	groot
Aanpassen voorlichting:		
Minder adviezen geven	8	geen
Herhalen van de adviezen	75	gering
Aanpassen van de adviezen	17	groot

Tabel 4. De mate van correspondentie tussen de ideaalschets en het gedrag van de fysiotherapeut (N = 52).

ventie van de klacht is het volgens de deskundigen belangrijk dat de patiënt een goed inzicht heeft in de oorzaken en het verloop van de klachten, alsmede van de duur en het effect van de behandeling. Uit de resultaten blijkt dat de meeste fysiotherapeuten niet expliciet bespreken hoe groot de kansen op succes zijn van de behandeling, wat een geringe corresponctie inhoudt met de ideale patiëntenvoorlichting (tabel 4).

Wanneer een patiënt aangeeft de adviezen van de fysiotherapeut niet op te volgen moeten volgens de deskundigen de adviezen worden aangepast. Dit is ook belangrijk wanneer een patiënt terugkomt met een recidief. In de casus lage rugklachten werd door het merendeel (75%) van de respondenten de voorlichting ten aanzien van secundaire en tertiaire preventie aan de patiënt met een recidief niet aangepast, hetgeen niet overeenkomt met de ideale voorlichting (tabel 4).

Vrijwel alle fysiotherapeuten vertelden de diagnose en behandeling met de patiënt te bespreken, wat correspondeert met de ideaalschets. Bij het geven van voorlichting werd veel gebruik gemaakt van hulpmiddelen, zoals skeletdelen en tekeningen. Dit wordt door zowel de fysiotherapeuten als de deskundigen als belangrijk gezien.

Discussie

Voordat de resultaten van dit onderzoek worden besproken moeten eerst enkele methodologische opmerkingen worden gemaakt.

- Het nadeel van een interview is dat men niet weet of het aangegeven gedrag ook werkelijk uitgevoerd wordt. Het is vrij gemakkelijk om te zeggen dat men iets doet. Daarmee wordt echter geen inzicht verkregen in welke mate het aangegeven gedrag daadwerkelijk wordt uitgevoerd.
- Een tweede nadeel vormt de mogelijke tendens naar sociale wenselijkheid in de antwoorden van de geïnterviewde.

- Een derde beperking van dit onderzoek is het feit dat de onderzoeker niet geblind was, zowel in het stellen van de vragen als in de interpretatie van de resultaten. Eventuele vooroordelen van de onderzoeker kunnen zo in theorie een invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek.

- Een voordeel van een interview is dat men kan door vragen indien sommige vragen niet duidelijk of onvoldoende zijn beantwoord. Dit geldt omgekeerd ook voor de geïnterviewde, die om verduidelijking van een vraag kan vragen.

- Een tweede voordeel is dat alle vragen beantwoord worden, wat in een schriftelijke enquête vaak niet het geval is.

Uit de beschrijving van de onderzoekspopulatie en tabel 1 blijkt dat er enige verschillen bestaan tussen de onderzoekspopulatie en de Nederlandse populatie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten. Het is moeilijk om in te schatten in hoeverre dit de generaliseerbaarheid van de bevindingen zal aantasten.

In de inleiding van dit artikel wordt gesteld dat patiëntenvoorlichting een belangrijke taak van de fysiotherapeutische hulpverlening is. Dit werd door alle fysiotherapeuten die deelnamen aan het onderzoek bevestigd. Ze toonden in het algemeen veel belangstelling voor dit onderzoek. De indruk ontstaat dat fysiotherapeuten veel aan patiëntenvoorlichting doen, maar dat dit nog niet zo systematisch gebeurt. Voorlichting wordt vooral gegeven in de loop van het gesprek met de patiënt gedurende de behandeling. Hierbij gaat de fysiotherapeut vooral af op wat de patiënt aangeeft. In de enigszins vertrouwelijke sfeer die in de loop van de behandeling ontstaat, durft de patiënt vragen te stellen waar de therapeut op in kan gaan.

Er wordt door de fysiotherapeuten soms rekening gehouden met de persoon van de patiënt, diens werk en leefomstandigheden, bij het geven van adviezen ten aanzien

van secundaire en tertiaire preventie. De kennis en vaardigheden van de fysiotherapeut met betrekking tot het motiveren van patiënten zijn voornamelijk verworven in de praktijk. In de opleiding werd hieraan weinig aandacht besteed. Dit resultaat komt overeen met een onderzoek naar de plaats van patiëntenvoorlichting binnen de opleidingen voor fysiotherapie (8) waaruit bleek dat de meeste opleidingen voorlichting niet gestructureerd in het onderwijsprogramma hebben opgenomen.

Uit de reactie op de casus lage rugklachten bleek dat vrijwel alle fysiotherapeuten de bevindingen van het lichamelijk onderzoek met de patiënt bespreken. Ook werd er aan de patiënt verteld waaruit de behandeling zal bestaan. Met het bespreken van de kansen op succes van de behandeling hield iets minder dan de helft van de respondenten zich daarbij op de vlakte. Adviezen ten aanzien van preventie werden door alle fysiotherapeuten gegeven. Deze adviezen hadden betrekking op houding en beweging, en tevens op werk en leefomstandigheden van de patiënt.

Het aangegeven voorlichtingsgedrag van de fysiotherapeuten kwam in behoorlijke mate overeen met de ideaalschets. Door zowel de fysiotherapeuten als de deskundigen werd het geven van voorlichting als belangrijk gezien. Eveneens werd door beide groepen vermeld dat het geven van adviezen ten aanzien van secundaire en tertiaire preventie een belangrijke taak is van de fysiotherapeut. Een belangrijk verschil tussen de ideaalschets en het gedrag van de fysiotherapeuten heeft betrekking op het vragen naar de verwachtingen en ideeën van de patiënt. Door de meeste respondenten werd niet naar de verwachtingen van de patiënt van de behandeling gevraagd. Een tweede belangrijk verschil is dat de fysiotherapeuten de adviezen aan een patiënt met een recidief nauwelijks aanpassen wanneer een patiënt aangeeft de adviezen niet meer op te volgen.

Voor een goed inzicht in het daadwerkelijke voorlichtingsgedrag van de fysiotherapeuten is andersoortig onderzoek noodzakelijk. Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) is momenteel bezig met een onderzoek naar patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten (11). Aan de hand van een observatieprotocol wordt de voorlichting zoals die door fysiotherapeuten daadwerkelijk wordt gegeven in kaart gebracht. Uit het vooronderzoek kwam naar voren dat fysiotherapeuten veel aandacht besteden aan voorlichting met betrekking tot diagnose en klachten. Relatief weinig aandacht werd besteed aan het motiveren van patiënten, het geven van specifieke informatie over het aantal keren oefenen, het inpassen van de oefeningen in het dagelijks leven van de patiënt, en het bespreken van oplossingen als het thuis oefenen problemen geeft (11). Aandacht voor patiëntenvoorlichting zou een explicieter rol in de

opleidingen tot fysiotherapeut en in de nascholing moeten worden toebedeeld. De Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie wil een project starten met als doel het op gang brengen van een meer systematische voorlichting in de fysiotherapie. Deze initiatieven lijken op zich bijzonder waardevol, maar nemen niet weg dat er ook een grote behoefte bestaat aan studies die de effectiviteit (bijvoorbeeld in termen van een minder frequent recidiveren van de klachten) van patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten nader onderzoeken. Dergelijke studies dienen bij voorkeur opgezet te worden als een therapeutisch experiment (12).

Summary

This study investigates patient education by physiotherapists working in the primary health care by means of interviews. It appears that patient education and prevention are an important part of the treatment by the physiotherapist. The education is given mainly during the conversation while treating the patient. The education given by the physiotherapists corresponds reasonably well

with the ideal patient education as expressed by three experts on this topic. Deviations consisted of not asking the patients about the expectations concerning the therapy, and the lack of adjustment of education in case of non-compliance. Attention for patient education in courses for physiotherapists, as well as studies into the effectiveness of patient education seem to be much needed.

Literatuur

1. Linden, H.A. van der. *Fysiotherapie en patiëntenvoorlichting*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 97: 106-112, 1987.
2. Knibbe, J.J. *Fysiotherapie en secundaire preventie van lage rugklachten*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 97: 175-183, 1987.
3. Bruggeman, A. en J.H. Bruggeman. *Visuele instructie bij primair discogene aandoeningen van de lumbale wervelkolom*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 92: 318-325, 1982.
4. Wams, R. *Voorlichting en preventie door fysiotherapeuten*. De stimulerende functie van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie. Gezondheidsvoorlichting 5:8-9, 4 1988.
5. Damoiseaux, V. red. *Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1988.

6. Crebolder, H.F.J.M. *Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen*. Huisarts en Wetenschap 26: 42-48, 1983.
7. Cuisinier, M.C.J. en J.B. Groot. *Patiëntenvoorlichting: enkele hoofdlijnen uit de literatuur*. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1984.
8. Polman, E.M. en A.M.A. Jaspers. *De voorlichting doorgelicht: patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie opleidingen*. Rijksuniversiteit Limburg, Hoger Beroepsonderwijs Gezondheidszorg, Maastricht, 1985.
9. Kok, J. *Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten*. Doctoraal scriptie R.U. Limburg, Maastricht 1988.
10. Hingstman, L. en H. Boon. *Fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg: aantallen, samenstelling en geografische spreiding*. NIVEL, Utrecht 1986.
11. Sluijs, E. M. *Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten*. Ontwikkeling van het observatieprotocol. NIVEL, Utrecht 1988.
12. Bouter, L.M. en P.G. Knipschild. *Het experiment als paradigma voor interventie-onderzoek in de fysiotherapie*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 97: 56-61, 1987.
13. Niesten, A. red. *Werk om handen*. Fysiovisie mei 1987, 7-10.

BERICHTEN

Patiënten organiseren symposium over chronisch ziek zijn

De afdelingen Noord-Holland van zes patiëntenorganisaties organiseren onder de titel 'Chronisch ziek-Problematiek?' op zaterdag 17 maart a.s. een symposium en een informatiemarkt in *Marcanti*, Jan van Galenstraat 10 te Amsterdam. De middag duurt van 13.00 tot 16.00 uur. De toegang is gratis.

Belangstellenden voor deze dag kunnen zich opgeven bij het organisatie-secretariaat: Weerensteinstr. 105, 2182 GS Hillegom, onder bijvoeging van een voorgeadresseerde en gefrankeerde enveloppe

Experts over Informed Consent

Eind september is bij het Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding het rapport 'Experts over Informed Consent' verschenen.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een expert-meeting over informed consent gehouden in Slot Zeist. Tijdens deze meeting

hebben een aantal deskundigen aan de hand van casusmateriaal hun reflecties op de informed consent-problematiek gepresenteerd. Op deze wijze is aandacht besteed aan o.a. de juridische, ethische en medische aspecten van het geven van informatie en het vragen van toestemming. Ook de patiëntenoptiek is aan de orde geweest. De discussie heeft zich voornamelijk toegespitst op de vraag welke rol patiëntenvoorlichting kan vervullen in het kader van de praktische vormgeving van informed consent.

Het rapport is te bestellen bij het Landelijk Centrum GVO door overmaking van f 12,50 (incl. verzendkosten) op giro 3963638 t.n.v. Landelijk Centrum GVO o.v.v. bestelnummer 123-1989.

Nieuwe folder met tips voor ouderen

In de serie voorlichtingsfolders voor de wachtruimte brengt Stichting O & O de tweede folder uit: 'Huis-, tuin- en keukentips' (voor mensen die niet zo vlot ter been

zijn). De ruim-geïllustreerde folder probeert op een luchtige toon, zonder al te belerend te zijn, adviezen te geven voor de preventie van ongevallen in huis. Daarbij wordt enerzijds aandacht besteed aan gedrag dat ongelukken kan voorkomen en anderzijds aan kleine aanpassingen in huis, die het leven veiliger kunnen maken.

De folder 'Huis-, tuin- en keukentips' is vooral bedoeld voor zelfstandig wonende ouderen. Hij is speciaal ontwikkeld voor verspreiding via wachtruimten. Hierbij valt te denken aan de wachtkamer van de huisarts en de fysiotherapeut en de publieksruimte bij de apotheek. Daarnaast is het materiaal ook geschikt voor het kruiswerk en revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen.

Te bestellen onder: Bestelnummer: W-04. Prijs f 31,75 voor 50 exemplaren (exclusief administratie- en verzendkosten).

Inlichtingen over dit voorlichtingsmateriaal zijn verkrijgbaar bij het Holleman, telefoon: 030-332113 (toestel 257). Schriftelijke bestellingen kunt u adresseren aan Stichting O & O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht.